



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 4ª REGIÃO

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR

NUTRICIONISTA(S) E TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA NÃO ALOCADO(S) EM UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
 Obs.: RT não compõe quadro técnico, portanto não deve ser informado neste formulário.

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL: _____
 NOME FANTASIA: _____ CNPJ: _____
 ENDEREÇO: _____

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-4	DATA DE ADMISSÃO	SETOR/ CARGO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)								
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Supervisão <input type="checkbox"/> Planejamento <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Outro		Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <table border="1"> <tr> <td>Segundaàs.....</td> <td>Terçaàs.....</td> <td>Quartaàs.....</td> <td>Quintaàs.....</td> </tr> <tr> <td>Sextaàs.....</td> <td>Sábadoàs.....</td> <td colspan="2">Domingoàs.....</td> </tr> </table>	Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....										
Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....											
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Supervisão <input type="checkbox"/> Planejamento <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Outro		Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <table border="1"> <tr> <td>Segundaàs.....</td> <td>Terçaàs.....</td> <td>Quartaàs.....</td> <td>Quintaàs.....</td> </tr> <tr> <td>Sextaàs.....</td> <td>Sábadoàs.....</td> <td colspan="2">Domingoàs.....</td> </tr> </table>	Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....										
Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....											
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Supervisão <input type="checkbox"/> Planejamento <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Outro		Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <table border="1"> <tr> <td>Segundaàs.....</td> <td>Terçaàs.....</td> <td>Quartaàs.....</td> <td>Quintaàs.....</td> </tr> <tr> <td>Sextaàs.....</td> <td>Sábadoàs.....</td> <td colspan="2">Domingoàs.....</td> </tr> </table>	Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....										
Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....											
	CRN-4: _____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TND		<input type="checkbox"/> Supervisão <input type="checkbox"/> Planejamento <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Outro		Plantão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala: <input type="checkbox"/> 12x36h <input type="checkbox"/> 12x60h <table border="1"> <tr> <td>Segundaàs.....</td> <td>Terçaàs.....</td> <td>Quartaàs.....</td> <td>Quintaàs.....</td> </tr> <tr> <td>Sextaàs.....</td> <td>Sábadoàs.....</td> <td colspan="2">Domingoàs.....</td> </tr> </table>	Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....										
Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....											

_____ de _____ de _____
 LOCAL DATA

 Assinatura do(a) nutricionista responsável técnico